

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00303 vom 31. Oktober 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00303

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00303 du 31 octobre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00303 del 31 ottobre 2016

Erwägungen

E. 1

Der 1973 geborene X.____

war zuletzt vom 1. Juni bis 31. Dezember 2011

bei der Firma Y.____ als Zaunmonteur tätig. Am 30. März 2012 meldete er sich unter Hinweis auf Schmerzen in der Leiste, am Bauch und am Rücken bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8/4). Diese liess einen Auszug aus dem Individuellen Konto des Versicherten erstellen (IK-Auszug, Urk. 8/7), zog die Akten der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Allianz)

bei (Urk. 8/15) und tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen. Am 20. November 2012 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass die Dienstleistungen im Bereich der beruflichen Eingliederung abgeschlossen würden (Urk. 8/29). Am 30. Juli 2013 ordnete sie eine interdisziplinäre medizinische Untersuchung bei Dr. med. Z.____ (Rheumatologie) und Dr. med. A.____ (Psychiatrie) an (Urk. 8/50). Auf Einwand des Versicherten hin schlug sie mit Mitteilung vom 28. November 2013 als Gutachter Dr. med. B.____ (Rheumatologie) und Dr. med. C.____ (Psychiatrie) vor (Urk. 8/66). Mit Zwischenverfügung vom 16. Dezember 2013 hielt sie an diesen Gutachtern fest (Urk. 8/73). Das interdisziplinäre Gutachten wurde am 26. Mai 2014 erstattet (Urk. 8/78). Gestützt auf die Schlussfolgerungen der Gutachter verneinte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 27. August 2014 einen Rentenanspruch des Versicherten (Urk. 8/82). Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 25. September 2014 Einwand (Urk. 8/89), woraufhin die IV-Stelle eine Stellungnahme bei Dr. C.____ einholte (Urk. 8/94). In der Folge verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 3. Februar 2015 einen Rentenanspruch des Versicherten (Urk. 8/98 = Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen

Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob eine seelische Störung mit Krankheitswert besteht, welche die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 201

E. 1.3

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss.

E. 1.4

Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte BGE 130 V 352 die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Gemäss BGE 141 V 281 ist die Überwindbarkeitspraxis in Änderung der Rechtsprechung aufzugeben (E. 3.5). In methodischer Hinsicht ergibt sich Folgendes: Die Frage, ob die diagnostizierte Schmerzstörung zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führe, stellt sich nicht mehr im Hinblick auf die Widerlegung einer Ausgangsvermutung. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 3.6). Betont wird, dass die Aufgabe der Überwindbarkeitsvermutung an den Regeln betreffend die Zumutbarkeit nichts ändert, namentlich nicht am Erfordernis einer objektivierte Beurteilung Grundlage. Nach Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG liegt eine Erwerbsunfähigkeit nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen, wie sie gerichtsnotorisch ärztlicherseits sehr oft unterstützt werden – wobei erst noch häufig gar keine konsequente Behandlung stattfindet –, sind auch künftig nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen (E. 3.7.1).

E. 1.5

Nach Aufgabe des Konzepts der Überwindbarkeitsvermutung, welche durch eine ergebnisoffene Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens als zentralem Beweisgegenstand abgelöst wird, scheint der Begriff des Kriteriums nicht mehr geeignet. Das Bundesgericht spricht fortan von Indikatoren, einem Begriff, der massgebliche Beweisthemen bezeichnet, anhand welcher ein bestimmter Sachverhalt ermittelt wird (vgl. dazu auch Peter Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, in: SZS 2014 S. 533 und 541 [Gutachten des Prof. Dr. Peter Henningsen, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Technische Universität München, vom Mai 2014 zu Fragen der Schweizer Praxis zur Invaliditätsfeststellung bei somatoformen und verwandten Störungen]; BGE 141 V 281 E. 4.1.1 und E. 4.1.2).

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in

BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen ver gleich baren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leistungsdruck (E. 4.4.2)

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3).

E. 1.6

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio). In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen Gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8).

E. 1.7

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern

können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 9. März 2015 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm ab 1. September 2012 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei durch das Gericht ein neues psychiatrisches Gutachten einzuholen. Subeventualiter sei die Sache zur Einholung eines neuen psychiatrischen Gutachtens an die Vorinstanz zurückzuweisen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 29. April 2015 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 6. Mai 2015 mitgeteilt wurde (Urk. 9).

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, aus versicherungs- medizinischer Sicht seien beim Beschwerdeführer keine dauerhaften Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit vorhanden. Die Abklärungen hätten ergeben, dass ihm jede Erwerbstätigkeit in einem 100 %-Pensum zumutbar sei (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, auf das Gutachten B. ___ / C. ___ könne nicht abgestellt werden. Die Beurteilung von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen, insbesondere von Patienten mit gleichzeitigem Migrationshintergrund, erfordere ein spezielles Fachwissen. Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. C. ___ basiere auf einem einmaligen Explorationsgespräch, welches 30 bis maximal 35 Minuten gedauert habe. Bei der psychiatrischen Begutachtung komme dem Gespräch zwischen Patient und Arzt eine herausragende Bedeutung zu. Gerade bei der Beurteilung von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen, insbesondere von verschlossenen, misstrauischen Patienten mit deutlich eingeschränkter Kontaktfähigkeit zu Dritten und mit Schwierigkeiten, sich an Regeln zu halten, brauche es mehrere Gespräche, um den Zugang zum Patienten zu finden. Das Gutachten schliesse die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung deswegen aus, weil zwischen der Traumatisierung und dem Ausbruch der Symptome mehr als sechs Monate verstrichen seien. Eine unmittelbare Manifestation der posttraumatischen Belastungsstörung sei jedoch durchaus möglich. Das Gutachten anerkenne die Diagnose einer somatoformen

Schmerzstörung, räume dieser aber keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ein, da sie mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar sei. Diese pauschale Annahme der Überwindbarkeit stelle eine reine Hypothese dar, welche wissenschaftlich falsch sei. Statt auf die Begutachtung B. ___ / C. ___ sei auf die Berichte der E. ___ abzustützen, welche seit Sommer 2012 durchgehend eine 80 bis 100% - ige Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten festhielten (Urk. 1 S. 7 ff.). 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Im Bericht der Klinik für Viszeral- und Thoraxchirurgie des F.____ vom 22. Dezember 2011 betreffend die Konsultation vom 20. Dezember 2011 wurden die folgenden Diagnosen gestellt: - Symptomatische degenerative Diskopathie L4/5 mit rezessaler Nervenwurzelkompression L5 links mit radikulärer Symptomatik L5 links - Schmerzen inguinal links bei - Status nach Lichtenstein links 02.04.2009 - Status nach TEP beidseits bei Rezidivinguinalhernie links und beginnender Inguinalhernie rechts am 26.10.2011

Es wurde ausgeführt, die beschriebene Schmerzsymptomatik vom Rücken ausgehend ins linke Bein ausstrahlend sei mit den im MRI beschriebenen degenerativen Befunden vereinbar. Bezüglich der inguinalen Schmerzproblematik fanden sich im MRI keine erklärenden Befunde. Diesbezüglich habe der Beschwerdeführer die Therapievorschlüsse nicht durchgeführt oder abgelehnt (Urk. 8/15 S. 24) .

E. 3.2

Im Bericht des G.____ vom 18. April 2012 zuhanden der Allianz betreffend die Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) vom 22./23. März 2012 wurden die folgenden Diagnosen gestellt (Urk. 8/15 S. 34) : - Halbseitenschmerzsyndrom links mit - Chronischer Schmerzsymptomatik im linken Unterbauch bei - Status nach Herniotomie nach Lichtenstein am 2.4.2009 - Status nach TEP bds . bei Rezidivinguinalhernie links und beginnender Inguinalhernie rechts am 26.10.2011 - panvertebrales Schmerzsyndrom - aktenanamnestisch lediglich diskrete degenerative LWS-Veränderung (MRI 2/12), keine Hinweise für systemisch entzündliche Schmerzursache - maladaptives Schmerzverhalten, DD Aggravation - muskuläre Dekonditionierung

Es wurde ausgeführt, zusammenfassend lasse sich deskriptiv ein Halbseitenschmerzsyndrom links diagnostizieren, einerseits mit panvertebralen Rückenschmerzen und Weichteilschmerzen in den linken Extremitäten sowie chronischen Unterbauchschmerzen links bei Status nach Inguinalhernienoperation links nach Lichtenstein 2009 und laparoskopischer

Reoperation wegen Hernienrezidiv im Jahr 2011. Die bisherigen Abklärungen hätten keine Hinweise für das Vorliegen einer somatischen Ursache für die geschilderte Schmerzsymptomatik ergeben. Auch die heutige klinische Untersuchung zeige keine Hinweise für eine wesentliche Erkrankung am Bewegungsapparat oder ein erneutes Inguinalhernienrezidiv . Die Befunde am linken Unterbauch präsentierten sich auch inkonsistent. Bezüglich der angegebenen halbseitigen Rückenschmerzen hätten sich ebenfalls keine Hinweise auf eine zugrundeliegende strukturelle Schmerzursache ergeben. In der EFL habe sich zwar eine muskuläre Dekonditionierung , besonders der Rumpfmuskulatur, manifestiert, welche arbeitsrelevant sei, aber die seit der Arbeitsunfähigkeit bestehenden Schmerzen nicht erklären könne. Grundsätzlich sei aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht ein aufbauendes Training zu empfehlen, inwieweit dieses aufgrund der im Vordergrund stehenden Schmerzzentriertheit vom Beschwerdeführer umgesetzt werden könne, sei aber fraglich (Urk. 8/15 S. 35) .

In der EFL hätten aufgrund des schmerzzentrierten Schonverhaltens nicht in allen getesteten Funktionsbereichen die funktionellen Leistungslimiten objektiviert werden können. Aus den Beobachtungen könne jedoch geschlossen werden, dass die funktionellen Limiten nicht wesentlich höher lägen wie gezeigt. Es hätten sich folgende Belastungslimiten objektivieren lassen: Heben Taille-Kopfhöhe max. 15 kg, Tragen

einhandig je max. 15 kg, Stehen vorgeneigt max. manchmal, Knien max. manchmal, Stossen und Ziehen max. manchmal, Heben Boden-Taillenhöhe max. 20 kg (mittelschwerer Gewichtsbereich). Bei der ange stammten Tätigkeit als Zaunmonteur handle es sich gemäss Arbeitsbeschreibung um eine körperlich schwere bis sehr schwere Arbeit. Diese sei dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Medizinisch-theoretisch zumutbar sei dem Beschwerdeführer eine körperlich maximal mittelschwere Arbeit unter Berücksichtigung der funktionellen Belastbarkeitslimiten . Eine adaptierte Tätigkeit sei ganztags zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit betrage 100 % (Urk. 8/15 S. 37).

E. 3.3

Im Bericht der Klinik für Viszeral- und Thoraxchirurgie des F.____ vom 3. Mai 2012 betreffend die Konsultation vom 26. April 2012 wurden die folgenden Diagnosen genannt: - Chronische Schmerzen inguinal links bei: - 02.04.2009: Lichtenstein links - 26.10.2011: TEP beidseits bei Rezidiv Inguinalhernie links und beginnender Inguinalhernie rechts - 29.03.2012: Infiltration mit Carbostesin - Lumbospondylogen betontes paravertebrales Syndrom bei: - keine Hinweise für seronegative

Spondyloarthropathie oder ISG-Arthritis - lediglich Diskusprotrusion

recessal

foraminal links mit Kontakt aber ohne Kompression der Wurzel L5 recessal links (MRI des Sakrums und der gesamten Wirbelsäule vom 13.02.2012)

Es wurde keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 8/14).

E. 3.4

Im Bericht der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des H.____ vom 30. Mai 2012 wurden die folgenden Diagnosen gestellt: - Mittelgradig depressive Episode (ICD-10: F32.1) - Chronisches Schmerzsyndrom linke Körperseite DD somatoforme Komponente im Rahmen eher der Depression DD anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Es wurde festgehalten, der Beschwerdeführer wünsche ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis zur Bestätigung der Tatsache, dass er nicht arbeiten könne. Er mache sich Sorgen, wer nach der Krankentaggeldversicherung für ihn zahlen solle. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung wolle er aber nicht (Urk. 8/85).

E. 3.5

Im Bericht der E.____ vom 22. August 2012 zuhanden der Allianz wurde ausgeführt, aufgrund der bisher vorliegenden Befunde müsse die psychiatrische Beurteilung der Kollegen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des H.____ vom 30. Mai 2012 mit der hochgradigen Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) ergänzt werden. Aktuell müsse im ersten Arbeitsmarkt von einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit schon in den letzten Monaten bestanden habe (Urk. 3/4).

E. 3.6

Im Bericht der E.____ vom 29. November 2012 zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers wurde ausgeführt, wie bereits nach Abschluss der Abklärungsuntersuchungen festgehalten worden sei, sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer an einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) leide.

Des Weiteren lägen eine mittelgradige depressive Episode und ein chronisches Schmerzsyndrom vor. Der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 22. August 2012 in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Es liege weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor (Urk. 3/5).

E. 3.7

Im Bericht der E.____ vom 24. Januar 2013 zuhanden der IV-Stelle wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt: - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), bestehend seit: mind. 1 Jahr - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), bestehend seit: ED 30.05.2012 - Chronisches Schmerzsyndrom (ICD-10: F45.4), bestehend: ED 30.05.2012

Es wurde festgehalten, der Beschwerdeführer lehne eine medikamentöse Behandlung ab. Die Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Zaunmonteur betrage vom 20. Juli bis 6. Dezember 2012 100 % und vom 7. Dezember 2012 bis 22. Januar 2013 80 % (Urk. 8/38 = 3/6).

E. 3.8

Im Bericht der E.____ vom 6. Juni 2013 zuhanden der Allianz wurden die folgenden Diagnosen

erwähnt: - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) - Chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) - Psychosoziale Belastungssituation

Es habe eine erste tagesklinische Behandlung in der Tagesklinik I.____ vom 8. Februar bis 20. März 2013 stattgefunden. Seit dem 6. Mai 2013 sei der Beschwerdeführer in der zweiten tagesklinischen Behandlung. Die tagesklinische Behandlung sei bis ca. Mitte/Ende Juni 2013 vorgesehen. Zusätzlich werde eine psychopharmakologische Behandlung durchgeführt. Es bestehe eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 8/43).

E. 3.9

Im Austrittsbericht der E.____ vom 19. Juli 2013 wurde festgehalten, dem Beschwerdeführer sei es schwer gefallen, regelmässig am Programm der Tagesklinik teilzunehmen, sodass es wiederholt zu Fehlzeiten gekommen sei. Häufig sei es seine Ehefrau gewesen, welche ihn aufgrund schlechter Befindlichkeit vom Therapieprogramm abgemeldet habe. Am 20. März sei es in gegenseitiger Absprache zu einer vorzeitigen Entlassung bei insgesamt etwas stabilerem psychischem Zustand gekommen. Der Beschwerdeführer habe den Wunsch geäussert, über die Ostertage seine Schwester im J.____ besuchen zu wollen, darüber hinaus habe er administrative Angelegenheiten erledigen müssen. Am 6. Mai 2013 sei es zum geplanten Wiedereintritt gekommen, wobei sich der Eintrittstermin aufgrund einer vorausgegangenen Zahnsanierung verzögert habe. Es sei die Möglichkeit einer stationären traumaspezifischen Behandlung thematisiert worden, wobei dies für den Beschwerdeführer gegenwärtig nicht vorstellbar sei.

Insgesamt zeige sich eine zwischenzeitlich chronifizierte posttraumatische Symptomatik mit intrusivem Erleben, Alpträumen, vegetativer Übererregbarkeit, Reizbarkeit und Hypervigilanz im Sinne einer anhaltenden traumatischen Stressreaktion, sozialem Rückzug sowie Vermeidung von Reizen, welche an das Trauma erinnern. Unter Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufs erscheine die Prognose bezüglich einer Reintegration auf dem ersten Arbeitsmarkt aktuell eher ungünstig. Diesbezüglich müsse jedoch vorerst der

weiter e ambulante Behandlungsverlauf abgewartet werden . Im Rahmen der aktuellen tagesklinischen Behandlung habe sich jedoch abgezeichnet, dass vor dem Hintergrund des chronifizierten Zustandsbildes in absehbarer Zeit keine durchgreifende Besserung der psychischen Befindlichkeit erreicht werden könne. Im Falle einer ausreichenden psychischen Stabilisierung in den kommenden Monaten sei allenfalls eine Tätigkeit im geschützten Rahmen vorstellbar, initial am ehesten mit einem Pensum von maximal zwei Stunden täglich. Die Tätigkeit solle die individuellen Ressourcen des Beschwerdeführers berücksichtigen. Wichtig sei ein ruhiger Arbeitsplatz ohne Zeitdruck mit der Möglichkeit einer eigenständigen Betätigung ohne das Erfordernis, sich in eine Gruppe bzw. in ein Team ein zufügen (Urk. 8/87).

E. 3.10

Im interdisziplinären Gutachten vom 26. Mai 2014 wurden keine Diagnosen mit anhaltender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Aus psychiatrischer Sicht wurden als Diagnosen ohne anhaltende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die folgenden aufgeführt : - F45.4 anhaltende

somatoforme Schmerzstörung - F32.0 leichtgradige depressive Episode - Z63 Eheprobleme - Z65.4 Misshandlungen in der Jugend - Z73.1 Akzentuierte Persönlichkeitszüge - Z65.1 Status nach Gefängnisaufenthalt in K.____

Dr. med. C.____ ,

Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte aus, gemäss der ICD-10 könne eine posttraumatische Belastungsstörung nicht diagnostiziert werden, wenn zwischen der Traumatisierung und dem Ausbruch der Symptome mehr als sechs Monate verstrichen seien. Ab 1994 sei der Beschwerdeführer symptomfrei gewesen, ein eventuelles derzeitiges erneutes Auftreten der Symptome könne also nicht einer posttraumatischen Belastungsstörung zugeschrieben werden, zumal keine Re-traumatisierung stattgefunden habe. Der Beschwerdeführer habe von 2003 bis 2009 gearbeitet, ohne von psychischen Problemen betroffen gewesen zu sein. Es liege deshalb auch keine anhaltende Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung vor. In der Schweiz habe der Versicherte gearbeitet, unter anderem von 2003 bis 2009 als Zaunmonteur . Es seien verschiedentlich Arbeitsplatzprobleme aufgetreten, da sich der Beschwerdeführer gemobbt gefühlt habe. Es solle auch zu Schlägereien gekommen sein. Vermutlich sei der Beschwerdeführer nicht nur Opfer, es sei davon auszugehen, dass er aufgrund seiner etwas aggressiven, misstrauischen Persönlichkeit das Klima im Team eher strapaziert habe. Auch die Angaben der Ehefrau deuteten in diese Richtung. Es dürfte sich bei der negativen misstrauischen Grundhaltung des Beschwerdeführers um eine Folge solcher Erlebnisse handeln. Vermutlich sei seine Persönlichkeit dadurch etwas deformiert. Bis heute seien akzentuierte Persönlichkeitszüge feststellbar, hingegen keine Störung der Impulskontrolle. Es bestehe keine Fremdgefährdung. Der Beschwerdeführer erhalte gegen seine innere Anspannung und das hohe Misstrauen das neuroleptisch wirkende Seroquel . Dies sei eine empfehlenswerte therapeutische Massnahme . Die Laboruntersuchung vom 15. Mai 2013 zeige aber, dass die Einnahme dieses Medikaments beinahe nicht erfolge. Es lägen also noch therapeutische Möglichkeiten vor. Bis Sommer 2011 sei es dem Beschwerdeführer psychisch relativ gut gegangen. Allerdings habe er seit 2004 an Rückenschmerzen gelitten, später sei es zu einer Ausbreitung derselben gekommen. Heute bestehe beinahe eine Panalgie . Aus psychiatrischer Sicht lägen Hinweise für eine psychosomatische Überlagerung der

Schmerzen vor. Er sei auf diese fixiert, äussere hypochondrische Befürchtungen und zeige eine Schmerzausdehnung. Lebensprobleme führten oft zur Verstärkung der Schmerzen, diese bildeten den Hauptfokus seines Interesses. Die Schmerzen seien auch der Hauptgrund dafür, dass er glaube, nicht mehr arbeiten zu können. Es liege eine anhaltende soma toforme Schmerzstörung vor. In Hinsicht auf die Depressivität gebe der Beschwerdeführer an, dass depressive Verstimmungen nie im Mittelpunkt gestanden hätten. Allerdings habe er generell Mühe, die Zurücksetzung in der Lebensführung sowie die mehrmaligen negativen Erlebnisse an den Arbeitsplätzen, die Eheprobleme usw. zu verarbeiten. Gegen eine relevante depressive Episode spreche auch, dass der Beschwerdeführer eine regelmässige Tagesstruktur habe. So stehe er morgens früh auf, gehe dann seinen alltäglichen Tätigkeiten nach, fahre gerne Auto. Er sei auch fähig, sich in seinem Heimatland aufzuhalten, dies weise ebenfalls darauf hin, dass er die früheren negativen Erlebnisse habe verarbeiten können. Er beschäftige sich gerne mit dem Computer, treffe sich mit Kollegen. Er habe auch Interesse an der Natur, besuche regelmässig einen Entenpark und schaue sich im Fernsehen Tierdokumentationen an. Der Beschwerdeführer erhalte weiterhin kein antidepressiv wirkendes Medikament, was vermuten lasse, dass die Therapeuten nicht von einer relevanten Depressivität ausgingen. Es könne bei der heutigen Untersuchung (15.05.2014) von einer höchstens leichtgradigen depressiven Episode ausgegangen werden. Eine konsequente antidepressiv wirkende medikamentöse Behandlung sei aber indiziert und zumutbar. Sie würde dazu führen, dass sich die depressive Episode zusätzlich verbessern würde. Es gebe ungünstige krankheitsfremde Faktoren: Unvollständige kulturelle Integration, invalide Ehefrau, eher negative Grundeinstellung der Gesellschaft gegenüber, Eheprobleme, Arbeitslosigkeit. Es gelte nun abzuklären, ob durch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verursacht werde oder nicht. Es bestehe keine psychische Komorbidität. Es sei darauf hinzuweisen, dass gemäss der ICD-10 bei den Somatisierungsstörungen das Einhergehen mit Verstimmungen und Ängsten beinahe die Regel sei. Dies, weil es nicht einfach sei, ständig an Schmerzen zu leiden und Einschränkungen in der Lebensführung hinnehmen zu müssen. Die dadurch hervorgerufene psychische Problematik sei also bereits in der Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung enthalten und könne nicht als eigenständige psychische Komorbidität aufgefasst werden. Dr. B. ___ habe keine somatisch-rheumatologischen Befunde festgestellt, welche die Arbeitsfähigkeit einschränken würden. Die soziale Integration sei nicht verlorengegangen. Die prämorbid Persönlichkeitsstruktur sei vermutlich seit langem etwas auffällig im Sinne von akzentuierten Persönlichkeitszügen. Die Schmerzsymptomatik sei progredient und chronifiziert. Damit träfen zwar mehrere Kriterien zu, jedoch nicht in einem derartigen Ausmass, dass die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Zu dieser Beurteilung führe insbesondere die Tatsache, dass keine relevante psychische Komorbidität bestehe. Die Prognose in Hinsicht einer psychischen Störung sei nicht ungünstig (Urk. 8/78 S. 28 ff.).

In somatischer Hinsicht wurden die folgenden Diagnosen ohne langandauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 8/78 S. 7 und S. 3): - Chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom - nicht ausreichend somatisch abstützbar - primäres Fibromyalgie-Syndrom - nicht dermatombezogene Hyposensibilität der ganzen linken Körperhälfte inklusive der Stirnregion, für ausschliesslich taktile Reize bei allseits normalem Lage- und Vibrationssinn - betont im Bereich der oberen im Vergleich zur unteren Körperhälfte - betont im Bereich der linken im Vergleich zur rechten Körperhälfte - Panalgie - diffuse Druckschmerzangabe - Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke -

multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Schmerzen im Brustkorb und Bauch, Atembeschwerden, Nausea, Vomitus, Krämpfe, Ameisenlaufen unter der Haut - Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in alle Extremitäten - Nikotinkonsum von circa 15 pack years - gestörte Gluconeogenese - anamnestisch Reizmagen-Syndrom - 02.04.09 Inguinalhernienoperation links nach Lichtenstein - 26.10.11 TEP beidseits wegen Rezidivinguinalhernie links und beginnen der Inguinalhernie rechts

Dr. med. B. _____, Facharzt FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen,

hielt fest, dass die Arbeitsfähigkeit aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht für die vom Beschwerdeführer früher in der Schweiz ausgeübte Tätigkeit zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen sei. Bei grosszügiger Auslegung seien zeitlich limitierte Einschränkungen von je maximal drei Monaten im Zusammenhang mit der am 2. April 2009 und der am 26. Oktober 2011 durchgeführten Revision inguinal ausgewiesen (Urk. 8/78 S. 16).

In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit kommen die Gutachter zum Schluss, dass für die früher ausgeübten Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden könne (Urk. 8/78 S. 16). 4.

4.1

Das interdisziplinäre Gutachten vom 26. Mai 2014 erfüllt sämtliche rechtsprechungsgemäss

erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 1.

E. 5

E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E.

4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 1.

E. 9

). Es beruht auf fachärztlichen Untersuchungen durch die Gutachter und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten abgegeben. Es würdigt die vorhandenen Arztberichte sorgfältig – insbesondere auch die Berichte des E.____. Es berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend, und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar.

Der Einwand des Beschwerdeführers gegen die Beweiskraft des psychiatrischen Teilgutachtens, wonach das Explorationsgespräch nur 30 bis 35 Minuten gedauert habe, was unzureichend sei (Urk. 1 S. 8), dringt nicht durch. Selbst wenn die Untersuchung nur 30 anstatt 70 Minuten gedauert haben sollte, war dem Gutachter doch eine genügende Befunderhebung möglich. In Bezug auf die Dauer der psychiatrischen Begutachtung ist festzuhalten, dass der zu betreibende zeitliche Aufwand zwar der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein muss. Zuvorderst hängt der Aussagegehalt einer Expertise aber davon ab, ob sie inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Trifft dies – wie hier – zu, ist die Untersuchungsdauer grundsätzlich nicht entscheidend (Urteil des Bundesgerichts 9C_352/2013 vom 3. Juli 2013 E. 4). 4.2

Was das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers in physischer Hinsicht anbelangt, legt Dr. B.____ in seinem rheumatologischen Gutachten einleuchtend dar, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers

in seiner

zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Zaunmonteur zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen sei.

In Bezug auf die Beurteilung des G.____ vom 18. April 2012 (Urk. 8/15 S. 34 ff.), wonach dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Zaunmonteur nicht mehr zumutbar sei, hält Dr. B.____ fest, dass darin nicht somatisch abstützbare Beschwerden berücksichtigt worden seien.

Ein objektivierbarer relevanter somatisch-pathologischer Befund sei hingegen nicht beschrieben worden. Bei offensichtlich mangelnder Leistungsbereitschaft sei die Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit ohnehin nicht sinnvoll. In solchen Fällen sei auf die medizinisch-theoretischen Überlegungen abzustützen. Daraus ergebe sich keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Die Einschätzung von Dr. B.____ wird auch vom Beschwerdeführer nicht beanstandet. Somit steht mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. 4.3

Umstritten sind hingegen der Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht. 4.3.1

Die E.____ stellte die Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; ICD-10: F43.1) erstmals in ihrem Bericht vom 22. August 2012 (Urk. 3/4) und hielt

danach in sämtlichen weiteren Berichten an dieser Diagnose fest.

Im interdisziplinären Gutachten vom 26. Mai 2014 wird das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung indes verneint.

Eine posttraumatische Belastungsstörung entsteht als verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypischer Ausmasses (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen bis Monate dauern kann (doch selten mehr als 6 Monate nach dem Trauma). Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Bei wenigen Patienten nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine dauerhafte Persönlichkeitsänderung (F62.0) über (Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen; ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 207 f.).

Im vorliegenden Fall beruht die Diagnose einer PTBS auf den undifferenzierten Ausführungen des Beschwerdeführers, im Alter von 18 Jahren erstmals gefoltert worden zu sein, 1998 und 1999 mehrfach Massaker und Kriegsereignisse direkt miterlebt zu haben und einmal unter einem Leichenberg vergraben worden zu sein und nur mit Glück überlebt zu haben (Urk. 3/4). Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung gab der Beschwerdeführer lediglich an, dass er von der L.____ Polizei misshandelt worden sei und auch Kriegsszenen miterlebt habe (Urk. 8/78 S. 24). Diese äusserst knappen anamnestischen Angaben allein bilden keine rechtsgenügende Grundlage für die Annahme einer PTBS. Im Bericht der E.____ wird in Bezug auf das traumatische Ereignis denn auch lediglich festgehalten, belastende Ereignisse, welche die Kriterien eines Traumas erfüllten, schildere der Beschwerdeführer mehrere in seiner Lebensgeschichte (Urk. 3/4), ohne dass das auslösende Ereignis genannt und näher umschrieben würde. Das auslösende Trauma ist von der Gutachterperson jedoch

zwingend zu referieren, namentlich wenn es – wie vorliegend - allein durch die subjektiven Angaben und Schilderungen der betroffenen Person belegt wird (vgl. zur Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C_676/2015 vom 7. Juli 2016 E. 5.2).

Anhaltspunkte für ein später allenfalls in K.____ oder in der Schweiz erlebtes belastendes Ereignis sind nicht ersichtlich. Der Beschwerdeführer kam

zwar gemäss eigenen Angaben in K.____

im Jahr 2005 für ein Jahr ins Gefängnis, wurde dort aber korrekt behandelt. Eine Retraumatisierung fand somit nicht statt (Urk. 8/78 S. 29). Der Hinweis in der Stellungnahme der E.____ vom 2. September 2014 zum Gutachten, wonach eine Retraumatisierung im Gefängnis nicht ausgeschlossen werden könne (Urk. 8/88), ändert daran nichts, zumal auch hier kein konkretes Ereignis beschrieben wird.

Für die Bejahung einer PTBS ist ausserdem die Latenzzeit zwischen initialer Belastung und Auftreten der Störung von Bedeutung. Diese beträgt nach ICD-10 wenige Wochen bis in der Regel höchstens sechs Monate. Von 1994 bis 1999 hat der Beschwerdeführer in K.____ gelebt und gearbeitet. Dort ist es ihm gemäss eigenen Angaben psychisch ordentlich gegangen (Urk. 8/78 S. 24). Auch seit der im Jahr 2000 erfolgten Einreise in die Schweiz bis 2012 fehlen aktenkundige Hinweise auf psychische Probleme, medizinische Behandlungen und ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeiten. Eine anhaltende

Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F.62) konnte n im Übrigen weder der Gutachter noch die Ärzte der E.____ diagnostizieren. Von einem chronischen Verlauf einer allenfalls früher infolge der Kriegserlebnisse vorgelegenen PTBS ist deshalb nicht auszugehen.

Zusätzlich zu dem Trauma muss eine wiederholte unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen auftreten (Dilling / Mombour /Schmidt , a.a.O. , S. 208). Zu beachten ist , dass ein nur gelegentliches Auftreten von Flashbacks oder Alpträumen nicht genügt, um eine PTBS zu begründen (vgl. zur Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C_676/2015 vom 7. Juli 2016 E. 5.2.2). Anlässlich der Begutachtung vom 26. Mai 2014 gab der Beschwerdeführer an, die früheren Kriegserlebnisse seien ihm tagsüber nie wie in einem Film vor die Augen getreten, gelegentlich habe er davon geträumt (Urk. 8/78 S. 24) , was für die Annahme einer PTBS nicht genügt . Der Gutachter hält ausserdem fest, dass der Beschwerdeführer fähig sei, sich in seinem Heimatland aufzuhalten, was darauf hinweise, dass er die früheren negativen Erlebnisse habe verarbeiten können (Urk. 8/78 S. 30 f.).

Nach dem Gesagten ist vorliegend die Diagnose einer PTBS

nicht haltbar. Zu prüfen bleibt, ob aufgrund der depressiven Störung und der chronischen Schmerzstörung eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht . 4.3.2

Nachdem das Bundesgericht mit BGE 141 V 281 seine Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermögen, teilweise geändert hat, ist zu prüfen, welche Auswirkungen sich dadurch auf den hier zu beurteilenden Fall ergeben. Wie nachfolgend zu zeigen sein wird, erlauben die medizinischen Akten, insbesondere die Expertise des Dr. C.____ vom 26. Mai 2014, eine schlüssige Beurteilung gestützt auf die massgebenden Indikatoren. Eine Ergänzung des medizinischen Sachverhalts erübrigt sich daher.

Was den funktionellen Schweregrad der Störung betrifft , namentlich die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, steht bei anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen (ICD-10 F45.4) ein andauernder schwerer und quälender Schmerz im Vordergrund (Dilling / Mombour /Schmidt, a.a.O., S. 233). Der Beschwerdeführer selbst ordnet seine Schmerzen auf einer Skala von 1 bis 10 auf Stufe 6 ein . Es besteht keine Suizidalität (Urk. 8/78 S. 27 f.).

Er hat eine regelmässige Tagesstruktur . Er beschäftigt sich mit dem Computer, trifft sich mit Kollegen, hat Interesse an der Natur, besucht regelmässig einen Entenpark und schaut sich im Fernsehen Tierdokumentationen an. Er fährt gerne Auto und hält sich gelegentlich in seinem Heimatland auf (Urk. 8/78 S. 30 f.) . Dies alles deutet nicht auf ein erheblich ausgeprägtes Leiden hin.

In Bezug auf mögliche psychische Komorbiditäten verliert eine depressive Problematik nicht bereits wegen einer medizinischen Konnexität zum Schmerz leiden ihre Bedeutung als potentiell ressourcenhemmender Faktor (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). An der bundesgerichtlichen Praxis, wonach leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl.

Urteile 9C_836/2014 vom 23. März 2015, 9C_474/2013 vom 20. Februar 2014 E. 5.4, 9C_696/2012 vom 19. Juni 2013 E. 4.3.2.1, 9C_250/2012 vom 29. November 2012 E. 5, 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1 sowie 9C_917/2012 E. 3.2 vom 14. August 2013) hat BGE 141 V 281 nichts geändert .

Gemäss der überzeugenden Beurteilung im psychiatrischen Teilgutachten leidet der Beschwerdeführer an einer leichtgradigen depressiven Episode. Selbst wenn er entsprechend den Berichten der E. ___ von einer mittelgradigen depressiven Episode auszugehen wäre, könnte angesichts der mangelhaften Kooperation des Beschwerdeführers bezüglich der Einnahme der verordneten Medikation von einer Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten respektive von einer Behandlungsresistenz nicht die Rede sein. Damit fehlt es an einer therapieresistenten invalidisierenden psychischen Störung und folglich auch an einer psychischen Komorbidität. Da auch kein invalidisierendes somatisches Leiden vorliegt, besteht auch keine organische Komorbidität.

In Bezug auf die Persönlichkeit des Beschwerdeführers ist festzuhalten, dass im psychiatrischen Teilgutachten zwar akzentuierte Persönlichkeitszüge erwähnt werden, jedoch keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wird (Urk. 8/78 S. 28). Hinsichtlich des sozialen Kontextes ist auf die invaliditätsfremden psychosozialen Belastungsfaktoren (unvollständige kulturelle Integration, invalide Ehefrau, eher negative Grundeinstellung der Gesellschaft gegenüber, Eheprobleme, Arbeitslosigkeit) hinzuweisen (Urk. 8/78 S. 31, Urk. 8/87). Sodann lassen die sozialen Kontakte des Beschwerdeführers auf durchaus vorhandene Ressourcen schliessen. Obwohl Eheprobleme bestehen, gibt der Beschwerdeführer an, er sei froh, nicht alleine leben zu müssen (Urk. 8/78 S. 26). Ausserdem hat er Kontakt zu Familienangehörigen in seinem Heimatland und auch zu Kollegen (Urk. 8/78 S. 27).

Unter dem Aspekt der Konsistenz ist festzustellen, dass das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers nicht in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichermaßen eingeschränkt ist, namentlich in der Freizeitgestaltung ist die Einschränkung nicht besonders ausgeprägt. Die Malcompliance des Beschwerdeführers deutet zudem auf einen fehlenden Leidensdruck hin.

Zusammenfassend fehlt es unter Berücksichtigung der nicht schwer ausgeprägten Schmerzstörung, fehlender psychischer und somatischer Komorbiditäten, vorhandener persönlicher Ressourcen und zumutbarer Therapiemöglichkeiten an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden. 4.4

Somit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vorliegt. Weitere Abklärungen erübrigen sich. Die angefochtene Verfügung erweist sich als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Hanspeter Riedener -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der
Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht
Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes
gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom
siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1
5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu
stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel
und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der
angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen,
soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons
Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstLeicht

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte
Originaltext. Quellen-URL siehe oben.